

# 美容皮膚科問診票

ふりがな

年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

住所： 〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ 緊急時連絡先： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 身長： \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ Kg

## 既往歴(チェックしてください)

- |  |                                   |                                   |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 ( 歳)      | <input type="checkbox"/> 心臓病 ( 歳) | <input type="checkbox"/> 脳卒中 ( 歳) |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 ( 歳)      | <input type="checkbox"/> 肺炎 ( 歳)  | <input type="checkbox"/> 肝臓病 ( 歳) |
| <input type="checkbox"/> 白内障 ( 歳)      | <input type="checkbox"/> 緑内障 ( 歳) |                                   |
| <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 ( 歳) | <input type="checkbox"/> 花粉症 ( 歳) |                                   |
| <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 ( 歳) | <input type="checkbox"/> 喘息 ( 歳)  |                                   |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                                   |                                   |

## アレルギー(チェックしてください)

- ・食物アレルギー  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )
- ・薬剤アレルギー  なし  あり ( \_\_\_\_\_ )
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 問1 どのような症状に対する診察をご希望されますか？

- |  |                                |                                 |                              |                              |                              |
|--|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> しみ                | <input type="checkbox"/> そばかす  | <input type="checkbox"/> くすみ    | <input type="checkbox"/> 赤み  | <input type="checkbox"/> 小じわ | <input type="checkbox"/> たるみ |
| <input type="checkbox"/> 肝斑                | <input type="checkbox"/> 毛穴の開き | <input type="checkbox"/> 毛穴の黒ずみ | <input type="checkbox"/> ニキビ |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> 脱毛：希望部位 ( _____ ) |                                |                                 |                              |                              |                              |

## 問2 具体的に希望の治療がありますか？

- |                               |                                     |                                     |  |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ない   | <input type="checkbox"/> 話を聞いて考えたい  |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> ある → | <input type="checkbox"/> フォトフェイシャル  | <input type="checkbox"/> ジェネオプラス    |  |
|                               | <input type="checkbox"/> レーザーフェイシャル | <input type="checkbox"/> リフトアップレーザー |  |
|                               | <input type="checkbox"/> ケミカルピーリング  | <input type="checkbox"/> 肝斑治療       |  |
|                               | <input type="checkbox"/> 医療レーザー脱毛   |                                     |  |

裏面にも続きがあります

問3 これまでに病院クリニックで美容皮膚科診療を受けられたことはありますか？

初めて

経験あり → レーザー脱毛 シミ取りレーザー IPL

その他 ( )

→ 治療部位 ( )

→ その時異常は なかった あった ( )

問4 エステなどで脱毛やピーリングなどの施術を受けたことはありますか？

ない

経験あり → レーザー脱毛・光脱毛・針脱毛・ケミカルピーリング  
その他 ( )

→ その時異常は なかった あった ( )

問4 皮膚のトラブル・アレルギーはよくありますか？

あまりない

よくある → アトピー・かぶれ・じんましん・カミソリ負け・その他 ( )

問5 海などで日光に当たったときの皮膚の反応はどうなりますか？

スキントypeⅠ：すぐ赤くなるだけ

スキントypeⅡ：すぐ赤くなり、少し褐色になるがすぐ消える

スキントypeⅢ：時々赤くなり、日焼けの褐色が残る

スキントypeⅣ：ほぼ赤くならず、すぐに日焼けの褐色になる

問6 現在、治療中の病気はありますか？ ( はい ・ いいえ )

病名( ) 治療薬( )

問7 現在妊娠中、もしくはその可能性がありますか？

なし

現在妊娠している ( ヶ月) 可能性あり

問9 当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページ・近所・通り道・ご紹介・ご家族・Instagram・その他

問10 その他体調のことや皮膚のことで気になる点がありましたらご記入ください。

( )